

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANSUELDO DE LIMA PEREIRA**
Nº Sinistro: **3180029041**
Vitima: **FRANSUELDO DE LIMA PEREIRA**
Data do Acidente: **22/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180029041**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12256375



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANSUELDO DE LIMA PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180029041**

Vitima: **FRANSUELDO DE LIMA PEREIRA**

Data do Acidente: **22/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180029041**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12256399



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **FRANSUELDO DE LIMA PEREIRA**

Sinistro: **3180029041**
Vítima: **FRANSUELDO DE LIMA PEREIRA**
Data do Acidente: **22/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180029041** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2018

Carta nº: 12565988

A/C: FRANSUELDO DE LIMA PEREIRA

Nº Sinistro: 3180029041
Vítima: FRANSUELDO DE LIMA PEREIRA
Data do Acidente: 22/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **FRANSUELDO DE LIMA PEREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003518**

Conta: **0000011230-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem a emissão de crédito e o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e de pessoa legalizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

08 JAN 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Número do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: 442.264.274-52 Nome completo da vítima: Francisco de Lima Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco de Lima Pereira		CPF titular da conta 442.264.274-52	Profissão Pedreiro
Endereço Sítio Lote - de Lince		Número	Complemento
Bairro Zona rural	Cidade Lote - do Rocha	Estado Paraná	CEP 58884-000
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3518 D/V 011-230 D/V 1
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 BANCO Nome Agência NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. de Rocha - 08 de outubro de 2017
Local e Data

Francisco de Lima Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

09 JAN 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	112.261.274-52	Joanivaldo de Lima Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Joanivaldo de Lima Pereira		112.261.274-52	Pedreiro
Endereço		Número	Complemento
Sítio Lote - de Baixo		5/N	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CIP
Zona rural	Lote - do Rocha	PE	58884-000
E-mail		Telefone (DDD)	
		183	99845-9368

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

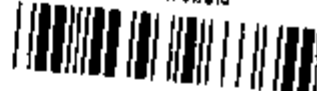
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção!) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
3518			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. do Rocha - PE 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

Joanivaldo de Lima Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 994/2017

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **22/07/2017** hora: **09H00MIN**

Notificante: *******, alcunha *******, Nacionalidade: *******, naturalidade: *******, nascido em *****/***/****, documento: *******, filho de ******* e de *******, endereço: *********, referência: *******

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Excelentíssimo(a) Senhor(a) Anderson Fontes Campos**

Vítima: **FRANSUELDO DE LIMA PEREIRA**, alcunha ********, Nacionalidade: **brasileiro**, naturalidade: **CATOLÉ DO ROCHA/PB**, idade: **30 anos**, nascido em **30/10/1986**, cor/raça: *********, Estado Civil: **União Estável**, Profissão: **Pedreiro**, Escolaridade: **fundamental**, documento: **RG:3229227 SSP/PB CPF 112.261.274-52**, filiação: **Francisco de Assis Pereira e de Maurina Ferreira de Lima Pereira**, endereço: **Catolê de baixo, Bairro Zona rural, Catolê do Rocha/PB**, Fone: **(83)9.9919-6811**

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 214 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima vinha na PB-325 sentido a cidade de Patú/RN em sua motocicleta HONDA/BIZ 125 ES, cor VERMELHA, ANC 2010/2010, Placa MQK-2715/PB, CHASSI 9C2JC4220AR410243, registrado em nome de Maurina Ferreira de L. Pereira CPF 049.935.884-BB (sua Mae) quando um outro veículo (carro) parou encima da pista sem sinalização na mesma direção da vítima; QUE a vítima não teve tempo de frear totalmente seu veículo, vindo a colidir e caindo no asfalto; QUE foi socorrido por terceiros e encaminhado para o hospital Regional de Catolê do Rocha/PB onde foi observado uma fratura exposta em sua perna direita, em seguida sendo transferido para o hospital Regional de Sousa/PB. Nada mais a consignar.

Catolê do Rocha, 25 de 10 de 2017. Às 15:45 horas.

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
MADSON O. LEITE - EPC-AD-HOC
Matrícula: 182.541-1

Assinatura do Notificante
Francisco de Assis Pereira
ESCREVENTE

CERTIFICADO, o presente Estatui o Art. 214 do CPB, que a presente cópia fotostática apresentada e conferida em Catolê do Rocha em 16 de 11 de 2017.

Francisco de Assis Pereira
Escrevente

Diáger
Consulte a autenticidade em:
<https://catodigital.tjpb.jus.br>

AG 23340-60PY



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR Nº 001/2017

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para 0800 0284206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisco de Lima Pereira

CPF da Vítima

112.264.274-58

Data do Acidente

22.07.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Patate do Rocha, 16 de outubro de 2017

Local e Data

Francisco de Lima Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180029041 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANSUELDO DE LIMA PEREIRA **Data do acidente:** 22/07/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia direita.

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz antiga em terço inferior da perna direita. Limitação de cerca de 50% no arco de movimentos da articulação tíbio-társica direita. Marcha claudicante à direita.

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de moto em 22/07/2017, com fratura exposta da tíbia direita, sendo colocado fixador externo por 30 dias e, posteriormente, cirurgia corretiva com colocação de placa e parafusos. Ainda tem dificuldade para deambular e queixa-se de dores no tornozelo direito.
Cirurgia para colocação de fixador externo em 22/07/2017.
Cirurgia para correção da fratura com colocação de placa metálica e parafusos em 22/08/2017.
Acompanhamento ambulatorial e tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Catolé do Rocha.

Médico examinador: Fabricio Bezerra Formiga

CRM do médico: 4554

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180029041 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANSUELDO DE LIMA PEREIRA **Data do acidente:** 22/07/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de ossos da perna direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180029041 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANSUELDO DE LIMA PEREIRA **Data do acidente:** 22/07/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia direita.

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz antiga em terço inferior da perna direita. Limitação de cerca de 50% no arco de movimentos da articulação tíbio-társica direita. Marcha claudicante à direita.

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de moto em 22/07/2017, com fratura exposta da tíbia direita, sendo colocado fixador externo por 30 dias e, posteriormente, cirurgia corretiva com colocação de placa e parafusos. Ainda tem dificuldade para deambular e queixa-se de dores no tornozelo direito.
Cirurgia para colocação de fixador externo em 22/07/2017.
Cirurgia para correção da fratura com colocação de placa metálica e parafusos em 22/08/2017.
Acompanhamento ambulatorial e tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Catolé do Rocha.

Médico examinador: Fabricio Bezerra Formiga

CRM do médico: 4554

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

COMPREV SEGUR
09 J
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procuração

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francisvaldo de Lima Pereira
 NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: União estável
 PROFISSÃO: pedreiro Nº DO RG: 3.229.227
 ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: / /
 Nº CPF: 112.261.274-52 ENDEREÇO: Sítio Catole de
baixo, zona rural, Catole do Rocha - Paraíba

OUTORGADO: Francisco Julho Nunes
 NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: casado
 PROFISSÃO: recusou-se Nº DO RG: 2.849.219
 ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 27/12/2000
 Nº CPF: 050.485.304-99 ENDEREÇO: Genésio Rodrigues
S/N, lot: São Paulo, Catole do Rocha - Paraíba

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Francisvaldo de Lima Pereira, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Catole do Rocha - PB 13 de dezembro de 2017

Francisvaldo de Lima Pereira
 Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

COMPREV
08 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Selo Digital: AGD54709 - H2B5
 Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tpb.jus.br>

RECONHECIMENTO a(s) firma(s) Francisvaldo de Lima Pereira
Francisvaldo deu fé
 em 13 de dezembro de 2017
 em Catole do Rocha - PB da verdade.
Francisvaldo de Lima Pereira
☐ Celina Rodrigues de Paula - Titular
☐ Carlos Marques Bezerra - Escrevente

Genésio Rodrigues
 Escrevente

Genésio Rodrigues